

出國報告（出國類別：進修）

美國老年精神醫學進階訓練

服務機關：衛生福利部八里療養院

姓名職稱：彭英傑

派赴國家：美國

出國期間：民國 105.8.1-105.11.28

報告日期：105.2.6

摘要

社會變遷，台灣的生育率下降，醫學進步，人類平均壽命延長，人口老化速度加快，人口比例產生結構性變化，臺灣老年人口 2015 年底 65 歲以上人口占總人口 12.51%，預估 2018 年，老年人口比率突破 14%，真正進入老年社會。

老年病人認之功能減退狀描述以及疼痛感受也較不精確更增加診斷及照護上的困難。老年精神醫學發展在台灣尚屬起步，2005 年創辦老年精神醫學會，2013 年開始在各醫學中心及精神科專科醫院認證並正式展開老年精神醫學次專科訓練，有感於國外老年精神醫學臨床服務及教學已經發展多年，參考其醫療服務系統及訓練方式，並深入探討老人長期照護體系、社區機構以及民間非營利機構的運作模式，作為台灣推廣老年精神醫學服務之參考與借鏡。

此次進修到美國 Saint Louis University Hospital，加入 Dr. George T. Grossberg 臨床教學研究團隊，學習老年精神醫學三大疾病失智症、憂鬱症、瞻妄的鑑別診斷與處理，深度瞭解失智症的不同類型與治療，老年憂鬱症治療模式與藥物臨床經驗，老年精神病人住院治療模式以及門診治療模式，電痙攣療法在老年精神病人的臨床實務應用，老人長期照護機構精神疾病照會模式，社區精神醫療服務模式，並進一步建立與美國聖路易大學精神醫學部之教學研究關係與交流管道。

目錄

摘要

| | |
|----------------|----|
| 一、 計畫緣起..... | 04 |
| 二、 進修目的..... | 05 |
| 三、 進修過程..... | 07 |
| 四、 心得及建議 | 10 |
| 五、 附件 | 12 |

本文：

一、計畫緣起:

社會變遷，台灣的生育率下降，醫學進步，人類平均壽命延長，人口老化速度加快，人口比例產生結構性變化，1993年，臺灣老年人口比率已達7%，正式進入「老化社會」，2007年老年人口達10%，2015年底65歲以上人口293萬8579人，占總人口12.51%，預估2018年，老年人口比率突破14%，真正進入老年社會，2025年則成為超高齡社會，屆時老年人口比率占全人口的20%，平均每5人就有1人為65歲以上老人。而台灣老年人口的比率在1993年就超過7%，估計老年人口比例由7%倍增到14%所經歷的時間僅需25年，可能會超過日本的26年而成為世界之冠。

隨著人口壽命增加失智症比例也隨著增加，依照衛生福利部(前衛生署，民國100年)委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查結果，以及內政部104年12月人口統計資料估算：台灣65歲以上老人共2,938,579人(佔總人口的12.51%)，其中輕微認知障礙(Mild cognitive impairment, MCI)有545,981人，佔18.58%；失智症人口有237,652人，佔8.09% (其中包括極輕度失智症95,987人，佔3.27%，輕度以上失智症有141,665人，佔4.82%)。也就是說65歲以上的老人每12人即有1位失智者，而80歲以上的老人則每5人即有1位失智者。依此流行病學調查之結果，每五歲之失智症盛行率分別為：65~69歲3.40%、70~74歲3.46%、75~79歲7.19%、80~84歲13.03%、85~89歲21.92%、90歲以上36.88%，年紀愈大盛行率愈高，且有每五歲盛行率即倍增之趨勢。

老年精神疾病以失智症、老年憂鬱症、譫妄為三大主要疾病，這三種疾病臨床表現常常相互影響不易分辨，老年病人認之功能減退症狀描述以及疼痛感受也較不精確更增加診斷及照護上的困難。失智症通常在老年期比較常見，它是指「一個心智成熟的成年人，在老年其發生漸進性的智能退化，這種漸進性的智能喪失，足以妨害病患的社會及職業功能，並為及其日常生活自我照顧能力，這種情況稱之為老年失智症」。失智症主要是認知功能障礙為主，包含記憶力、抽象思考、語言能力、操作功能等；此外日常功能的退化，包括財務處理、搭乘交通工具、作家事、煮飯、服藥、打電話、購物、穿戴衣服、洗澡、上廁所、個人衛生處理等；最後對於精神症狀行為障礙(behavioral and psychological symptoms of dementia，簡稱BPSD)包含妄想、幻覺、被偷妄想、錯認症狀、憂鬱、譫妄、睡眠障礙。而在臨床實務上家屬照顧上最為困擾的就是BPSD，但是如何診斷與處理對老年精神醫學工作者是一項極耗心力的工作，如何教育家屬或是照顧者了解失智症患者的責是更需要努力推廣。

老年精神醫學發展在台灣尚屬起步，2005年創辦老年精神醫學會，2013年開始在各醫學中心及精神科專科醫院認證並正式展開老年精神醫學次專科訓練，有感於國外老年精神醫學臨床服務及教學已經發展多年，參考其醫療服務系統及訓練方式，並深入探討老人長期照護體系、社區機構以及民間非營利機構的運作模式，作為台灣推廣老年精神醫學服務之參考與借鏡。

二、進修目的

- 1.學習老年精神醫學三大疾病:失智症、憂鬱症、瞻妄的鑑別診斷與處理
- 2.深度瞭解失智症的不同類型與治療
- 3.深度瞭解老年憂鬱症治療模式與藥物臨床經驗
- 4.學習老年精神病人住院治療模式
- 5.學習老年精神病人門診治療模式
- 6.學習電痙攣療法在老年精神病人的臨床實務應用
- 7.老人長期照護機構護理之家精神疾病照會
- 8.建立與美國聖路易大學精神醫學部之教學研究關係與交流管道

三、進修過程

1.申請程序：

首先必須確定進修的專長並找到適當的醫院，本計畫主要是老年精神醫學進階訓練，著重在臨床診斷與治療模式與服務模式的探討，經由台灣精神醫學會理事長賴德仁教授推薦，申請美國 Top 10 Geriatric medicine , the first geriatric psychiatric training center , Saint Louis University Hospital , Saint Louis , Missouri. 加入 Dr. George T. Grossberg 臨床教學研究團隊。

2.學校及醫院申請：

經過 Dr. George Grossberg 臨床教學研究團隊審核同意後，接著就是向 Saint Louis University 申請 observership ，送出 cover letter and curriculum ，同時附上英文能力證明，學校通過後會發給 DS-2019 證明給予辦理 VISA ，以 visiting scholar 身分前往美國。

3.VISA 辦理：

取得 DS-2019 證明即可向 AIT 申請 J-1 護照，經過面試後取得 J-1 visiting scholar 身分，同時辦理在美國的 medical insurance 。

4.學校報到:

抵達 Saint Louis 後第一天即向 Saint Louis University 負責單位 office of international service 報到，當場美國海關簽證後的 DS-2019, J-1 VISA, 以及 medical insurance 保險證明，美國的 medical insurance 種類繁多保費高昂，各學校要求不同，如果沒有符合規定辦理，會要求辦理好之後才會開始課程，因此需要仔細辦理符合規定的項目及足夠保額才能確保生病或是意外時候有保險可以支付，之後便到 Department of Neurology and Psychiatry in Saint Louis University Hospital 報到。到 Department of Neurology and Psychiatry 報到後，接著便是辦理 ID 識別證，識別證拿到了才算完成註冊手續，醫院才允許進行臨床觀察課程。

5. 感控要求:

必須提出疫苗接種證明，不然視同未接種，部分項目可以抽血檢驗是否有抗體，若無抗體便要重新接種，其中雖然有提出 B 型肝炎抗體證明，但是因為沒有接種證明，仍然被要求重新接種三次 B 型肝炎疫苗，肺結核 PPT Test 陽性反應，雖然秀出手背上 BCG 接種疤痕仍被認為沒有接種疫苗，當場被隔離到獨立房間，並被告之不能回去精神部，須先隔離回家確認無感染之虞才能繼續課程。安排胸部 X 光檢查確認無肺部感染後才被解除隔離。

5.課程安排：

教授都有固定行程排得很滿很忙，時間很趕，所以得先去找秘書報到，了解教授的行程表，由秘書安排第一次見面時間，之後才會開始正式課程。

Dr. George T. Grossberg 了解我進修時間及目標後，提出課程大綱，而我也提出希望可以擴展視野希望安排精神部之外醫院其他部門的見習，以及在醫院課程完成後安排社區機構的訪查課程，初步獲得 Dr. George T. Grossberg 的同意並協助安排，讓整個進修課程內容更加豐富。

整個進修課程整理如下:

I. 精神部

- A. 門診: 採預約制, 需要由 primary doctor 轉介才能安排掛號, 初診通常要等候三到六個月才能排到時間, 一個初診評估需要兩個小時才能完成, 覆診通常預約三個月之後甚至半年後, 期間就由原來的 primary doctor 照顧, 一個診次通常就是一個初診二個覆診個案, 或是六個附診個案, 處方完全釋出, 且在診間便經由電腦連線到個案指定的藥局。看診行政程序相當繁瑣, 預約報到後需要線上查詢不同保險公司的給付項目, 同樣的治療或是藥品項目在不同保險公司會有不同的給付條件。由於是老年精神科特別門診, 門診個案幾乎都是 Dementia, 老年 depression 為主。
- B. 住院: 以老年 depression, Dementia with BPSD 為主。Depression 大多是藥物治療效果不佳住院來接受 ECT 治療的。住院時間保險公司會管控通常不會超過一個月。Dementia with BPSD 大多從 nursing home 無力照顧轉介來的, 通常住院調整藥物後回到原來的 nursing home。
- C. 老年精神疾病 ECT 治療: 對於藥物副作用敏感或是藥物治療不佳之個案進行住院全身麻醉 ECT 治療, 每週治療三次, 症狀穩定後出院改為門診 ECT 維持療效。即使個案已經 90 歲經由全身麻醉插管肌肉放鬆後, 仍然能安全進行 ECT 治療, 降低骨折等其它副作用發生。每次治療需要進入開刀房恢復室執行治療, 至少需要麻醉科醫師四名, 精神科醫師四名才能執行, 而且一定要有主治醫師在廠督導並在電腦病歷上紀錄簽章。而實際上在 Saint Louis University Hospital 醫學中心做 ECT 真是大陣仗, 麻醉科就用五個人, 精神科主治醫師要在 24 小時前在 HIS 上簽好所有文件, 否則麻醉科會拒絕麻醉, 機器是 MECTA5000A, 跟八里機器是一樣廠牌只是新機種。一個 intern 負責拿 Paddle, 一個負責腳底作 Arch reflex 檢察跟測量 Peripheral seizure, 一個負責按機器通電觀察 EEG 報表是否順利產出, 一個住院醫師負責寫病歷, 一個資深住院醫師負責調整通電電量跟教學, fellow 負責判讀 EEG 裡面 central seizure & peripheral seizure 秒數, 主治醫師在場督導並完成所有病歷。
- D. Neuropsychological assessment test: 針對 Dementia 進行各項認知功能檢測。

II. 醫院其他部門

- A. 神經科 movement disorder: 安排在神經科門診觀察, 對於常見的 Parkinson disease 評估、診斷與治療, 其中 deep brain stimulation 新科技的使用。Dr Pratap Chand 是世界級的專家, 在他的門診中學到不少有關 parkinsonism. Neck dystonia 的 clinical practice knowledge. 也發現 Botulium 在醫學上用途及搭配 EMG 實際運用
- B. Sleep lab: 安排到 sleep lab center 進行觀察, 睡眠檢查室很像飯店房間, 簡單乾淨, 燈光昏暗, 讓人想躺上去睡覺! 個案進入睡眠檢查室後會接上 EEG, EMG, EKG, 呼吸測量儀觀察整個睡眠時間的生理變化, 及觀察是否發生 sleep apnea。
- C. Brain bank for normal anatomy and dementia pathology: Saint Louis University Hospital 的 Brain bank 是美國中西部唯一的實驗解剖病理研究室, 其中已經授及約 300 個人腦標本, 負責醫師 Dr Guzman 很熱心的拿著人腦講解腦部結

構，然後按照順序切成每一公分厚，排列整齊，比 CT, MRI 更清楚的實體教學。

III. Long term care

- A. Independent living community：生活功能可以完全自理的健康老人，提供飯店式服務，住宿通常是 one- bed room，包含獨立的客廳、廚房、餐廳、衛浴以及臥室，可以自己開伙也可以訂餐，有各式娛樂活動及社交團體。
- B. assisted living community：生活功能部分自理的老人，多半都有身體疾病，但是行動自如，通常住在 one- bed room，包含獨立的客廳、廚房、餐廳、衛浴以及臥室，無法自己料理三餐需要訂餐。
- C. 護理之家: 生活功能無法自理的老人，飲食、洗澡及活動都需要人協助，以護理人員照顧居多，聘有專職物理治療師以及職能治療師，專業的物理治療室提供治療。

IV. Community service

- A. Psychiatric Community service center：包含 assertive community service team, club house, opd clinic, and rehabilitation center ,and social welfare service。其中的 opd clinic 是社區中的門診服務，這是由 NPO 基金會贊助服務窮人以及 HIV positive 的毒品使用者的精神科門診。
- B. Place for people: 以 club house 方式服務精神病患，個案可以自行選擇喜歡的課程來參加，每週從一天到五天可以自行決定要參加幾天。
- C. ACT assertive community treatment: 由 social worker 為主導的社區服務，到宅服務訪視並安排各項復健活動，類似居家服務。
- D. Residential care , Housing for psychiatric patient: 住宅服務通常由房東提供房舍，Psychiatric Community service center 會有管理員來照顧居民，居民需要自行負擔住宿費用，通常每個月的社會福利補助都先交由管理員保管，月初會先拿來繳付費用，之後在每星期跟管理員領零用金，避免住民把錢拿去買酒或是毒品，造成無力負擔生活費用。

V. Non-profit organization

- A. Alzheimer' s association: 提供全美國 24 小時的 helpline , care consultation , Cardinal reminiscence league , web-site 服務, E-learning , education program , support group , respite assistance program , educational workshop 。
- B. Memory care , home solution: 主要是提供 care-giver 對 失智症的照護知識與技能，提供 12 個月的到宅服務，包含一次 initial family consultation , 四次 occupational therapy visit and home safety assessment , 一次 phone consultation , 一次 12-month mail survey 。

四、心得及建議：

此次出國前往美國 Saint Louis University Hospital 進修老年精神醫學，在 Dr. George T. Grossberg 臨床教學研究團隊裡與另兩位來自伊朗及日本的醫師共同學習，加上同僚間也有來自德國、韓國、中國、印度、巴基斯坦，渾然像是聯合國民族融爐一般，不同國家的專業人員用英文溝通，除了學習老年精神醫學領域之外，對於各國文化的差異體會更加深刻，發現台灣專業能力其實不輸甚至優於其他國家，但是國際知名度卻遠遠不如，常常要說明台灣在哪裡，或是澄清台灣跟中國的不同，Taiwan 與 Tailand 是不同的國家。

在美國醫療體系之下，各項老年精神疾病包含失智症憂鬱症、譫妄在門診以及住院都能得到妥善治療，在進修期間發現，失智症藥物的使用規定比較寬鬆，而且並且在美國都是釋出處方，當病人到藥局領藥物的時候便會要求核對保險身分，如果藥物價格太高保險公司不給付會直接通知病人是否要自費或者不要領藥，病人會要求醫師開立保險公司可以給付的藥品。門診初診評估費時兩小時，複診三十分鐘，有足夠時間可以了解病人病情及解釋病情與衛教，一個診最多只看六個複診病人或是一個初診兩個複診病人，幾乎是在台灣醫院工作無法想像輕鬆的工作量，但是診療費給付遠比台灣高上許多，醫師的收入也比台灣高出數倍以上，品質的確要跟保險給付有相關。

住院部分一個病房只有 16 床，常常只有 8-13 個住院病人，病房配備有一個主治醫師，一個 fellow，兩個住院醫師，人力充足不是台灣現況人力缺乏情形可以比擬的。

ECT 治療在老年精神疾病相當普遍，療效也佳，保險給付一次 1000 美元，麻醉費另計，所以醫院不會因為不敷成本而降低提供意願，病人也可以得到是當的治療。

長期照護部分，機構自己有聘用醫師，但同時會跟不同科醫師簽約提供專科服務，包還精神科、內科、皮膚科，因此住民除了嚴重的疾病外幾乎不用外出就醫，看病可以申請醫療保險給付，但是住宿及照護費用幾乎都是自費，醫療險病不給付，支援的護理之家在聖路易算是高檔品質，占地廣闊，從 independent living, assisted living 到 nursing home 上下游整合，而且在 Missouri 有將近十家機構連鎖經營，最便宜的的是 independent living 一個人一個月 3000 美金，nursing home 一個月要價 9000 美元，幾乎是台灣 10 倍價格，依照出國進修補助在 Missouri 一個月生活費 1100 美元連 independent living 的公寓都住不起，即使費用高昂但是仍是一位難求，而且有品質的機構等候名單更長。

社區服務部分，由於 Saint Louis 住家幾乎都是 house，前庭後院是基本配備，住家之間距離也夠遠，所以的機構幾乎都是獨立建築，彼此不會相互干擾，因此沒有同棟大樓住戶抗議排斥情形，居家訪視及個案管理因為個案居住地點分散，開車是必備交通方式，而且也是安全考量，因為許多病人還是居住在治安比較不好的地區，此次進修為了訪視病人深入黑人住宅區及 Hispanic 住宅區，這些區域不時會有毒品販賣或是槍殺案件發生，所有的亞洲移民都相傳警戒不要進入，更不會有台灣人曾經進入，因此這次進修因為加入社區訪視課程，跟著當地社工員去訪視個案不但可以深入了解不同種族的生活習性也是另一番探險歷程。

Non-profit organization 提供的服務幾乎跟醫院不會重疊，除非彼此熟識否則醫院跟這些機構的互動並不多，Dr. George T. Grossberg 常常參加慈善活動因此跟這兩家機構熟識而且是被邀請為該會的會員，我才能在完成醫院課程後參訪這兩家機構，並且獲得熱情的招待與介紹，而這兩家機構因為性質相近，彼此相互競爭，甚至在募款對象也會有重疊，因此彼此並不會相互往來，而機構內為了營運成本也必須持續向外募款，每月一樣會有募款業績壓力存在。

依照上述進修時所學習到的內容，為迎接老年化社會的來臨，建議國內目前應積極準備事項如下：

1. 住院服務醫療人力需有充足醫師人力。
2. 保險醫療給付須提高到足夠合理成本，醫師可以在合理的時間內詳細診療適當數量的病人。
3. 老人長期照護機構，尤其是失智症照護機構人員需要加快速度訓練，以因應人口快速老化之服務需求。
4. 老人社區服務機構須在地化，增加交通可近性。
5. 鼓勵非政府提供非營利機構提供失智症家屬照護教育訓練與支持性團體。

最後要感謝八里療養院陳俊鶯院長的鼓勵及支持，醫師同仁在工作上協助才能讓我在無工作後顧之憂的情形下出國進修，當然推薦人賴德仁理事長獨具慧眼介紹我前往 Saint Louis University Hospital, Saint Louis, Missouri, 跟隨 Dr. George T. Grossberg 進修，著實幫我開了一扇通望世界老年精神醫學之窗，而 Dr. George T. Grossberg 親切待人熱心教學並且協助安排醫院外的課程，讓我學習更多，生活上還不時照顧我，視為家人的帶我融入美式生活社會，進修結束前還督促保持聯絡進行研究合作，不僅在專業上增進視野也是生活的導師。

附件一

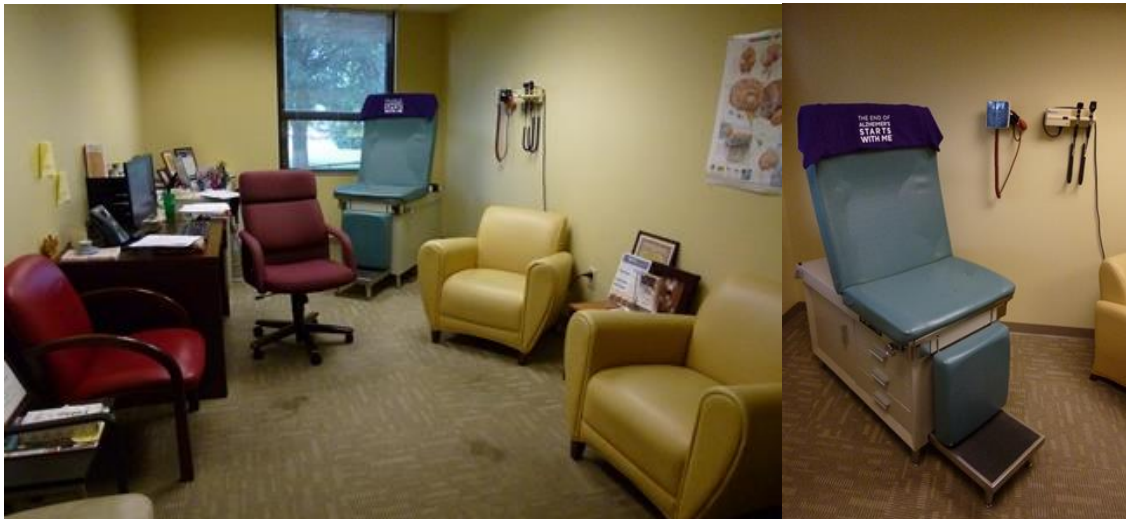
Saint Louis University



Saint Louis University Hospital and medical school



門診診療式以及檢查椅



ECT 場地以及設備



指導教授 Dr. Grossberg 以及其他 stuffs



Movement disorder OPD ,EMG , Dr Pratap Chand



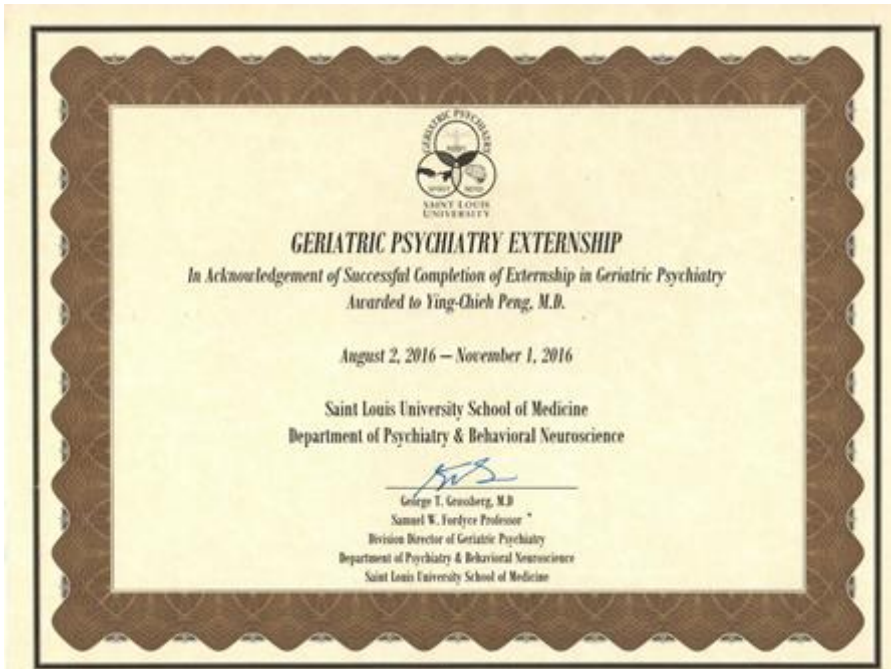
Sleep lab , CPAP



Brain Bank , Dr Guzman



訓練證書



Long term care, nursing home



International team from different countries



Clinic in community



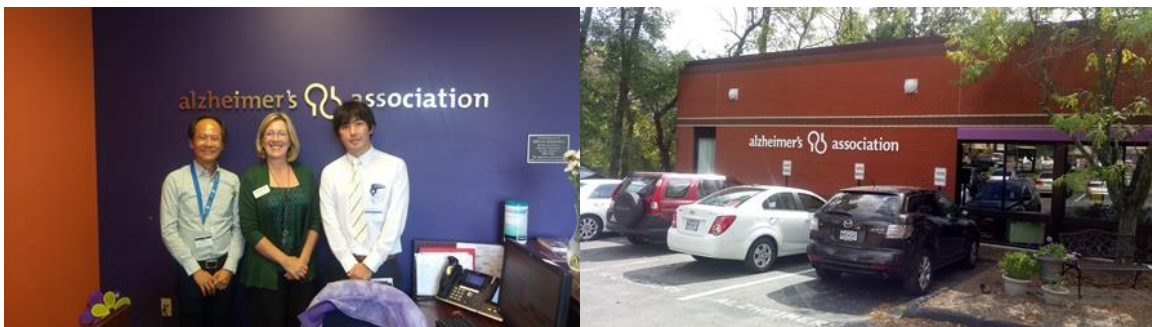
Club house



ACT assertive community treatment , Residential care , Housing for psychiatric patient:



Alzheimer's association:



Alzheimer's association 募款績效



Alzheimer's association :Educational program , on-line service



Memory care , home solution:



